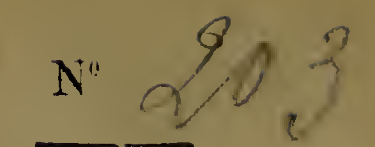
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

e 1885

THÈSE

N°



POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 30 *Juin* 1885, *à* 1 *heure.*

PAR F. LARBOURET

Né à Viviez (Aveyron), le 23 avril 1858.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DERMOIDES DE L'ŒIL

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. LABOULBENE, *professeur.* PEYROT, HANOT, *agrégés.*

...ndidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

...RENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M. BÉCLARD.

Professeurs............	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	N.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRÉLAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PANAS

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DERMOIDES DE L'ŒIL

INTRODUCTION

Dans le courant de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, un certain nombre de tumeurs dermoïdes du globe de l'œil.

Un fait nous a souvent frappé dans les cas que nous avons pu étudier : c'est la coïncidence fréquente des tumeurs dermoïdes de l'œil avec d'autres malformations tératologiques. L'origine congénitale de ces tumeurs constitue aussi un détail qui nous a paru d'une importance capitale.

Nous avons fait des recherches nombreuses à ce bropos, désireux de nous renseigner sur la nature intime, la constitution et surtout le développement empryogénique de ces singulières productions.

La littérature médicale tant en France qu'à l'étranger, n'explique que très imparfaitement ces desiderata et surtout le dernier.

Van Duyse (de Gand) a appliqué à la production du colobome une théorie basée sur l'embryogénie ou plutôt sur la tératologie, et ses idées, que nous n'hésitons pas à accepter pleinement, nous ont semblé expliquer à merveille l'évolution primordiale des tumeurs dermoïdes de l'œil.

Nous avions à peine terminé nos recherches que notre savant maître, M. le professeur Panas, dans une de ses cliniques, qui sera publiée ultérieurement, reproduisait les idées de Van Duyse et faisait des adhérences amniotiques la cause originelle des tumeurs dermoïdes de l'œil.

Appuyé sur la puissante autorité de notre maître, nous avons choisi pour sujet de notre travail inaugural l'histoire de ces tumeurs que nous allons essayer d'étudier surtout au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique.

Nous savons que notre sujet est nouveau, et qu'une voix plus autorisée que la nôtre serait nécessaire pour le traiter. Aussi, connaissant les difficultés que nous abordons, nous demandons l'indulgence de nos juges.

Nous sommes heureux de profiter de la circonstance qui s'offre à nous pour prier notre savant maître, M. le professeur Panas, de recevoir l'expression vraie de notre reconnaissance pour les ensei-

gnements et les conseils qu'il nous a prodigués avec la complaisance que tout le monde lui connaît.

Nous remercions M. de Lapersonne de ses conseils amicaux, et M. Vassau de l'empressement qu'il a mis à nous communiquer ses recherches personnelles sur le sujet que nous allons traiter.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les tumeurs de la conjonctive, désignées sous le nom de dermoïdes, ont été étudiées par différents auteurs.

Les premières observations qui ont été publiées sur ce sujet n'avaient guère rapport qu'à leur aspect macroscopique.

Wardrop (*Morbid anatomy of the human eye*, V. I, 1819) cite deux cas :

Dans le premier, il s'agit d'une fille qui portait à l'œil gauche une masse conique dont la base occupait les deux tiers de la cornée et une portion adjacente de la sclérotique. Elle était ferme, immobile, avait une apparence granuleuse, une couleur bleuâtre et ne paraissait pas très vasculaire.

Le second fait fut montré à Wardrop par Monro. Le patient avait cinquante ans et sa tumeur datait de la naissance. Elle était du volume d'un haricot et adhérait par un pédicule qui paraissait venir de la cornée ; l'autre partie était sur le blanc de l'œil ; elle n'avait pas l'aspect granuleux de la précédente. Lisse comme un ptérygion, elle paraissait recouverte par la conjonctive. Chose remarquable, des poils longs et rudes en nombre considérable franchissaient les paupières et tombaient sur les joues. Ces poils avaient apparu vers la seizième année.

Le docteur Barrow, de Glocester, vit un cas semblable. C'était une tumeur d'un tiers de pouce de diamètre. Plus de la moitié appuyait sur la cornée, le reste sur la conjonctive adjacente à l'angle temporal. La surface était lisse et brillante.

White Cooper (*Medical Gazette*, vol. XXIX, p. 218. London 1841) a rapporté un cas dans lequel il existait un trichosis au bord nasal et un autre au côté temporal de la cornée : il s'en échappait des poils.

De Graefe père (*Archiv. fur ophtalmolog.*, t. IV. A 2, p. 269) assimile ces tumeurs aux nævi materni et leur donne le nom de *nævus spilus* ou *trichosis congenita conjonctivæ.*

Cet auteur relate l'observation suivante :

Il s'agit d'un enfant de six mois, opéré déjà d'un bec-de-lièvre. Excavation anormale qui occupe toute la longueur du voile du palais ; mais il n'existe pas de séparation complète de cette voûte. Les os du nez sont portés vers la droite ; de plus, l'os nasal gauche descend moins bas que le droit. Les parties molles du nez offrent deux anomalies singulières : l'aile gauche n'est pas en continuité avec la pointe, mais avec une partie de la saillie dorsale déviée à droite et située à huit millimètres au-dessus de la pointe. Les deux paupières de l'œil gauche sont le siège d'un colobome analogue... Enfin, on trouve, au voisinage du bord interne de la cornée, une petite tumeur glabre, de la dimension d'une lentille. Les parents de l'enfant sont bien portants, et l'on ne con-

naît dans les antécédents qu'une chute sur le visage faite par la mère durant sa grossesse.

Edwards (In. Dict. Littré et Robin. Art. *Hétérotopie*) donne au dermoïde l'appellation de *trichosis bulbi.*

D'autres auteurs, frappés de la quantité de tissu cellulo-adipeux, parfois considérable, qui enveloppe ces tumeurs, les ont appelées *nævus lipomatodes*, *lipoma crinosum.*

Il faut arriver jusqu'à Ryba (*Ueber dermoidgeschwulste des Bindehaut.* Prager *Vierteljahrschrift*, t. III, 1853) et à Virchow (*Das einfache Dermoid des Auges, Arch. f. path. Anat.*, t. VI, 1854) pour trouver une étude plus approfondie de ces tumeurs.

Ces deux auteurs, s'appuyant sur la constitution histologique de ces productions morbides, leur donnent le nom de dermoïdes, en raison de leur texture analogue à celle de la peau.

A partir de ce moment, les observations tant cliniques qu'histologiques deviennent plus nombreuses.

Mackensie (*Traité des maladies des yeux*) relate le cas suivant : « Il y avait, dit-il, un poil qui prenait naissance sur une tumeur graisseuse que j'enlevai de l'œil d'une jeune dame. Elle avait du même côté des tumeurs congénitales qui lui pendaient de l'auricule. »

M. Rizet (*Ann. d'ocul.*, t. LV, 1866) a donné la relation d'une tumeur qu'il a appelée *kyste pileux de la*

conjonctive oculaire, et qui s'était manifestée dès l'âge de seize ans, chez un sapeur, âgé de 23 ans, au moment de l'observation. De la grosseur d'une forte tête d'épingle au début, elle avait acquis, au bout de cinq mois, celle d'un pois. Vers sa 17e année, ce jeune homme s'aperçut de la venue d'un poil au centre de la tumeur ; ce poil acquit bientôt une grande épaisseur et une longueur suffisante pour toucher le milieu de la joue quand les paupières venaient à se fermer.

De Lew père (*Ann. d'ocul.*, t. XXIII) donne deux observations se rapportant, l'une à une tumeur de la conjonctive inférieure, l'autre à une tumeur de la sclérotique et de la cornée.

La première, observée chez un enfant de huit mois, consistait dans une petite excroissance de la grosseur d'un grain de millet, assez semblable à la caroncule lacrymale, et occupant la partie moyenne de la conjonctive inférieure ; du sommet de cette tumeur s'élevait un cil.

La seconde avait été observée chez un garçon de 15 ans. Cette excroissance, de la grosseur d'une lentille, était située à l'angle interne de l'œil, à cheval sur la sclérotique et la cornée. De cette tumeur émergeaient trois poils, semblables à des cils.

Pagenstecher (*Pagenstecher und Genth Atlas der path. Anat. des Auges*, 1874), dans son Atlas, représente un dermoïde siégeant sur le limbe, et duquel émerge une touffe de poils.

M. de Wecker (*Traité complet d'ophtalmologie*, t. I, 1re partie, 1878) rapporte l'observation de deux cas

d'ablation de dermoïde pratiquée par de Graefe et par lui-même, et les fait suivre d'un examen microscopique.

M. Vassau, chef de laboratoire de M. le professeur Panas, a publié dans le tome III, n° 1, des *Archives d'Ophtalmologie*, quatre observations cliniques et histologiques se rapportant à ces productions congénitales. Son travail très intéressant et le plus complet qui ait paru sur ce sujet n'a pas peu contribué à élucider cette question de pathologie oculaire.

Mentionnons au point de vue histologique les travaux de :

De Graefe (*Arch. f. path. Anat. phys.*, t. VI, 1854 ; *Arch. f. ophtal.*, t. I, abth. 2, 1855) ; Ryba (Loc. cit.) ; Virchow (Loc. cit.) ; Heyfelder (*Deutsche klinik*, n° 28, 1858) ; de Wecker (Loc. cit.) ; Linati Carlo et Visconti Achilli (*Ann. d'Ocul.*, t. LVII).

Et ceux plus récents de :

Emmert (*Congenitales dermoid in centrum der Hornhaut eines Kalbes*, in *Correspbl. f. Schweitzer Aerzte*, 1873) ; Strawbridge (*A case of dermoid tumour of the cornea.* In *Amer. Journ. of. med. sc.*, janvier 1873) ; Hirschberg (*In Archiv. f. Aug. U. Ohrenh.*, IV, 1, 1874) ; Æller (*In Archiv. f. Aug.*) ; Fuchs (*Klin. Monats. Zehender*, n° 18, 1880) ; Van Duyse (*Bride dermoïde oculo-palpébrale.* In *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1882) ; Vassau (*Archives d'Ophtalmologie*, t. III, n° 1, 1883).

CHAPITRE II.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC.

Symptômes. — Un fait que nous devons mentionner tout d'abord, c'est que les dermoïdes sont toujours congénitaux. Lorsqu'ils ne sont pas situés trop haut sur le globe, derrière les paupières, comme dans l'observation II, et que l'on a affaire à des sujets intelligents dont les parents étaient soigneux, l'interrogation du malade apprend toujours que la tumeur a été reconnue, soit à la naissance même, soit fort peu de temps après.

Quant au siège de ces tumeurs, nous voyons, d'après l'historique et les observations, qu'il est assez variable; le dermoïde peut siéger en un point quelconque de la conjonctive et de la cornée, mais son siège de prédilection est le diamètre horizontal du limbe scléro-cornéen. Nous croyons inutile de consacrer un chapitre à chaque siège particulier; disons cependant que si le dermoïde siège dans les culs-de-sac conjonctivaux, il peut arriver, comme dans l'observation II, qu'il passe inaperçu jusqu'au moment où se développeront les productions pileuses qui, par l'irritation conjonctivale qu'elles produisent, en trahiront l'existence.

Le volume de ces tumeurs peut varier de la grosseur d'une lentille à celle d'une olive ; arrivées à ce

point de développement, ce qui est rare, elles peuvent empêcher l'occlusion des paupières et devenir ainsi le point de départ d'altérations graves de la cornée.

Le dermoïde a le plus souvent une coloration gris jaunâtre, quelquefois blanc nacré, une forme hémisphérique d'une consistance molle et rénitente. Sa surface est lisse et présente à la loupe un grand nombre de petites sinuosités et une série de sillons entrecroisés analogues à ceux qu'on observe sur la peau. A leur entrecroisement émergent des poils variables comme dimension ; tantôt ils atteignent le volume d'un cil, tantôt, au contraire, ils sont très petits, semblables à des poils follets.

Il est à remarquer que c'est généralement à l'époque de la puberté qu'a lieu l'accroissement subit des poils qui étaient restés jusque-là à l'état latent. De plus, ces tumeurs se développent lentement dans les premières années de la vie et prennent une extension plus grande et plus rapide à un moment donné.

Diagnostic. — Un certain nombre de tumeurs ont leur siège sur la conjonctive ou le limbe scléro-cornéen et pourraient à la rigueur être confondues avec le dermoïde.

Le *pinguecula* est une petite tumeur jaunâtre, du volume d'une tête d'épingle à un grain de blé, située sur la conjonctive bulbaire, au niveau du diamètre horizontal de l'œil et qu'on pourrait prendre pour un dermoïde. Mais il en diffère en ce que le pinguecula occupe l'épaisseur même de la conjonctive, n'est pas

congénital et ne s'observe que chez des individus âgés et exposés par leur profession à l'action des poussières ou vapeurs irritantes.

Le *lipome* de la conjonctive et du limbe est très rare. La plupart des observations des tumeurs lipomateuses qu'on a rapportées pèchent par l'absence d'examen microscopique et semblent plutôt se rapporter à de véritables dermoïdes.

Les lipomes se présentent sous la forme de masses molles, jaunâtres, légèrement bosselées, quelquefois adhérents, d'autres fois simplement sous-jacents à la conjonctive. De Graefe leur assigne comme origine la région comprise entre les muscles droit externe et droit supérieur et les considère comme un prolongement anormal du tissu graisseux de l'orbite.

Les *sarcomes* de la conjonctive sont très rares ; ils prennent naissance au niveau du limbe conjonctival ; ils n'ont de commun avec les dermoïdes que le siège. Ils sont généralement pigmentés, très vasculaires, saignent au moindre contact ; autant de caractères qui sont bien différents de ceux du dermoïde.

L'*épithélioma* a pu envahir quelquefois d'emblée la conjonctive bulbaire. De Graefe, Wecker, Hortwer en ont rapporté des exemples ; mais il n'est pas possible de le confondre avec le dermoïde.

Le cancroïde conjonctival se présente sous forme de végétations ; à leur surface fongueuse, excoriée, se développe un ulcère plus ou moins étendu, dont le fond granuleux, sanieux, offre une teinte rouge pâle, mêlée de produits jaunâtres.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons vu que les premières observations concernant les dermoïdes de l'œil n'avaient guère rapport qu'à leur aspect macroscopique, ce qui explique les dénominations nombreuses et variées qui leur ont été données par les différents auteurs : *Nævus spilus*, *trichosis congenita conjonctivæ* (de Graefe père), *trichosis bulbi* (Edwards, Mackensie), *nævus lipomatodes*, *lipoma crinosum*, etc., etc. ; on peut dire qu'il y avait autant de noms que d'auteurs.

Il faut arriver jusqu'à Ryba, Virchow et de Graefe pour trouver une étude plus approfondie de ces tumeurs. Ces derniers firent l'analyse microscopique de quelques-unes de ces productions morbides dans lesquelles ils trouvèrent tous les éléments de la peau. De là, la désignation de *tumeurs dermoïdes* qu'ils leur attribuèrent, désignation heureuse et que la science a conservée depuis.

Ryba a le premier reconnu que le dermoïde ressemble au derme par sa structure, et que, contrairement à l'opinion admise jusque-là et qui lui avait fait donner le nom de « *nævus lipomatodes, lipoma crinosum* » il ne contient aucune accumulation de graisse ; on peut y rencontrer tous les éléments de la peau jusqu'aux glandes sudoripares et aux follicules pileux. Il ne croit pas qu'il faille les comparer aux verrues de la

peau, qui consistent essentiellement dans une hypertrophie localisée des papilles de ce tégument avec allongement de ces dernières, le tout recouvert d'une couche d'épithélium épaissi et boursouflé. Le dermoïde congénital n'a pas cette structure ; on ferait beaucoup mieux, dit-il, de le comparer aux *nævi materni* qui représentent un changement de la peau, caractérisé par des dépôts anormaux de pigments, de graisse ou de tissu cellulaire.

Peu de temps après, Virchow eut l'occasion d'étudier ces productions. Son examen portait sur une tumeur du volume d'une forte cerise et présentant une substance épaisse d'une consistance semi-cartilagineuse, qui devenait moins solide vers les parties internes de la tumeur. La couche la plus interne était composée d'un tissu cellulaire lâche. Les couches les plus fermes présentaient une structure analogue à celle de la peau, des faisceaux de fibres très fermes dans lesquels on ne distinguait pas de noyaux, même après avoir ajouté de l'acide acétique, mais seulement quelques éléments élastiques. Le tout était recouvert d'une couche épaisse d'épiderme composé d'un grand nombre de couches séparées. Il fut impossible d'y distinguer ni poils ni glandes.

A. de Graefe a fait l'ablation d'une tumeur de cette nature, ayant une base ronde, d'un diamètre de six millimètres à peu près, d'une hauteur de deux millimètres, ressemblant à la moitié d'une lentille nettement divisée. Voici le résultat de l'examen microscopique : L'examen de la tumeur montra qu'elle était cou-

verte par la conjonctive, se perdait vers la cornée, et ne laissait vers les parties les plus centrales qu'une couche épaisse d'épithélium solidement attaché. La substance de la tumeur se présentait, à l'œil nu, sous la forme d'une masse jaunâtre, complètement et uniformément solide, si ce n'est que peut-être les couches inférieures étaient plus solides encore que le reste ; cette substance ne se déchirait que difficilement. Elles se montraient sous le microscope, composées de tissu cellulaire onduleux sans noyaux, même après avoir ajouté l'acide acétique, et contenaient une grande quantité de fibres élastiques. Implantés dans cette substance, se trouvaient un grand nombre de follicules pileux, dans le voisinage desquels les vaisseaux peu nombreux de la tumeur semblaient plus accumulés. Autour de ces follicules, on observait des cellules de graisse en groupe, cellules qu'on ne rencontrait pas au fond dans le reste de la tumeur. Les fibres élastiques prédominaient surtout vers la base.

Mais l'étude la plus complète sur ce sujet, au point de vue histologique, est sans contredit celle de M. Vassau consignée dans les *Archives d'ophtalmologie* et dont nous reproduisons les observations.

Dans ce travail si intéressant, nous relevons surtout un fait que nous tenons beaucoup à mettre en lumière, parce que c'est le seul bien authentique : nous voulons parler de l'existence des glandes sudoripares.

L'existence de ces glandes a fait, il est vrai, l'objet

d'une mention spéciale de la part de Œller ; mais l'observation se rapportait à un œil de cochon, affecté d'un dermoïde situé sur le limbe scléro-cornéen; l'examen microscopique démontra qu'il existait de nombreuses glandes sudoripares parfaitement constituées. Mais chez l'homme, il n'en est fait aucune mention dans les cas jusqu'alors publiés, ce qui avait conduit la plupart des auteurs à les nier ou tout au moins à les mettre en doute.

Sur une coupe antéro-postérieure, on constate que le dermoïde est composé de trois couches :

1° Une couche superficielle ou épithéliale ;

2° Une couche moyenne absolument analogue au derme complet avec ses papilles ;

3° Enfin, une couche profonde, formée de tissu cellulaire limitant des aréoles remplies de vésicules adipeuses.

A. *Couche épithéliale.* — L'épiderme des dermoïdes comprend, comme celui de la peau normale, une couche superficielle cornée, généralement très mince, et une couche profonde répondant au corps muqueux de Malpighi avec la série des cellules à prolongements de Schultze et les cellules prismatiques à fines dentelures s'engrenant dans le derme ; enfin, établissant la démarcation entre les couches cornée et muqueuse, les deux couches désignées sous le nom de *stratum lucidum* et *granulosum*.

Ce revêtement épithélial recouvre toute la tumeur

et se continue sans interruption avec l'épithélium de la conjonctive et de la cornée.

B. *Derme.* — Nous trouvons ici, comme pour le chorion de la peau, une partie papillaire et un derme proprement dit, reposant sur un tissu cellulo-adipeux plus ou moins abondant. Généralement les papilles sont peu élevées et représentent plutôt des ondulations du derme. Elles sont composées principalement de fines fibrilles élastiques, plongées au milieu d'une matière amorphe avec quelques corps fibro-plastiques. Au centre de ces papilles, se trouvent des amas volumineux d'éléments arrondis ayant tous les caractères des cellules et noyaux embryoplastiques. Ces amas affectent la forme d'étoiles irrégulières et sont traversés par de fins capillaires et par des fibres élastiques ; ils offrent, en outre, de nombreux prolongements qui vont s'anastomoser avec des prolongements semblables venus des amas voisins.

Quelquefois la couche papillaire est augmentée d'épaisseur ; les papilles volumineuses, hypertrophiées, soulèvent l'épithélium et donnent à la conjonctive un aspect granuleux, velvétique. Cette hypertrophie est causée principalement par une grande quantité de matière amorphe et un nombre considérable de leucocytes entourant les capillaires de la papille.

Le derme est formé d'un feutrage de tissu lamineux et de fibres élastiques, englobant les amas de cellules décrits plus haut ; ces amas deviennent de moins en moins nombreux à mesure qu'on se rapproche du

tissu cellulo-adipeux. Cette charpente élastique peut, dans quelques cas, acquérir un volume considérable et former la moitié et même plus de la masse totale de la tumeur.

Dans la partie moyenne du derme, on trouve de nombreux follicules pileux et des glandes sébacées ; ces glandes sont d'autant plus volumineuses que le poil est plus petit.

Tous ces éléments n'ont ici rien de particulier et ressemblent, en tous points, aux poils et aux glandes que l'on trouve dans le derme de la peau ordinaire. Quelquefois, cependant, on peut rencontrer une ou plusieurs de ces glandes présentant une dilatation considérable, ce qui nous explique les dénominations de *kystes pileux* ou *lipomateux* que quelques auteurs anciens avaient donné à ces tumeurs. Cette dilatation s'explique soit par la fusion de deux ou plusieurs glandes, soit par l'oblitération de leurs conduits excréteurs, soit enfin par une hypersécrétion de leurs culs-de-sac.

Dans les parties superficielles du derme, M. Vassau a signalé la présence de nombreux corps fusiformes ou étoilés remplis de granulations pigmentaires. Ces éléments fibro-plastiques sont disséminés en grande partie suivant une ligne parallèle à la surface papillaire, tandis que d'autres se dirigent vers les profondeurs du derme et longent la paroi épithéliale des capillaires. Ces granulations pigmentaires, dont la couche varie du jaune au brun foncé, sont insolubles dans l'acide sulfurique. Çà et là, ces granulations sont

libres et paraissent logées dans les interstices du tissu cellulaire.

C. 3e *couche.* — Des parties profondes du derme, se détachent des tractus fibreux limitant des aréoles remplies de vésicules adipeuses. Ces tractus adhèrent le plus souvent, par leur partie profonde, à la cornée et à la sclérotique dont il est très difficile de les séparer.

Quant au pannicule adipeux, il est, suivant les cas, plus ou moins abondant et peut même prendre un développement assez considérable pour faire croire à un lipome.

C'est au milieu de ce tissu cellulo-adipeux que M. Vassau a pu constater dans un dermoïde la présence de glandes sudoripares.

« Dans le pannicule graisseux assez épais, dit-il, nous trouvons une magnifique glande sudoripare glomérulée, analogue aux glandes ordinaires et composée d'une partie résistante et d'un tube excréteur.

« Le tube de la portion glomérulée, plongé au milieu des vésicules adipeuses, montre très nettement les particularités spéciales à ces glandes, une paroi propre anhyste et la double couche épithéliale : cellules fusiformes basales et cellules cubiques centrales. De nombreux capillaires enveloppent le glomérule. »

Toutes ces couches n'ont pas une épaisseur constante, et l'une d'elles peut acquérir un volume parfois considérable mais presque toujours aux dépens des deux autres, ce qui imprime à la tumeur un aspect tout particulier.

D'après la prédominance de telle ou telle couche, nous croyons que l'on peut établir un certain nombre de variétés ou de transformations que peut montrer le dermoïde comme toute tumeur congénitale. Il nous suffirait, pour faire admettre notre division, de rappeler ce qui se passe dans une autre variété de tumeurs congénitales, les angiomes.

Nous trouvons, comme dans ces dernières, les transformations kystiques, lipomateuses, fibreuses, et même, dans un autre ordre d'idées, résultant de la structure même des dermoïdes, la transformation épithéliale.

Le siège de la tumeur ne serait peut-être pas indifférent à ces transformations ; il semblerait que la transformation fibreuse prédomine dans les tumeurs situées sur le limbe scléro-cornéen et que le pannicule adipeux, au contraire, augmente à mesure qu'on se rapproche des culs-de-sac conjonctivaux.

CHAPITRE IV.

PATHOGÉNIE.

Pour bien comprendre les opinions émises par les auteurs relativement à la pathogénie des dermoïdes de l'œil, qu'il nous soit permis de rappeler en quelques mots le développement des paupières. Les paupières, une fois la cornée formée, se développent comme plis de la membrane entourant le globe oculaire et cela non pas à partir des bords de la cornée, comme Manz l'indique, mais à une distance considérable en arrière, à peu près dans la région de l'équateur du bulbe, ou même derrière. Consistant à l'origine en un tissu homogène de mésoderme avec un revêtement d'ectoderme, ils se partagent lentement en une couche moyenne plus dense et en deux couches superficielles plus lâches; la première produit plus tard le muscle orbiculaire des paupières, le tarsus et les glandes de Meibomius, tandis que les autres se transforment en peau et en une membrane conjonctive. Si l'on poursuit la membrane conjonctive des paupières jusque sur le globe oculaire, on trouve qu'elle passe à une assise mésodermique plus lâche, recouvrant la partie la plus antérieure de la sclérotique et se continuant immédiatement dans les assises les plus antérieures de la cornée, qui, dans beaucoup de cas, se distinguent nettement par une couleur plus claire et un

agencement moins serré de la masse principale de la membrane qui, se repliant en arrière, passe à la sclérotique.

Comme on le sait depuis bien longtemps déjà, la fente palpébrale se forme à une certaine période de la vie embryonnaire, chez l'homme, du 3e au 4e mois. Il n'y a pas là agglomération, comme on l'admettait autrefois, mais une véritable soudure, par développement d'épithélium, des deux bords palpébraux, de sorte que leur couche cornée forme un tout sans division.

Pendant que les paupières sont soudées ensemble, les cils et les glandes de Meibomius se développent d'une façon typique chez l'homme, à partir de la surface de soudure, et il est possible que la sortie des poils de leurs follicules et celle de la sécrétion des glandes déjà nommées cause la séparation, qui, chez l'homme, a lieu la plupart du temps avant la naissance (Kolliker).

Examinons maintenant les différentes théories qui ont été imaginées pour expliquer la formation des productions dermoïdales.

Ryba, de même que pour l'anatomie pathologique, est le premier qui s'en soit occupé, et il a donné une explication assez ingénieuse qui a régné sans conteste jusque dans ces derniers temps. Voici ce qu'il dit :

« Il est bien connu que la conjonctive a, dans les premiers temps de son développement fœtal, une structure complètement identique avec celle des té-

guments en général, et qu'avant le développement des paupières, elle est lisse et tendue sur les deux yeux. Cette partie de la peau s'amincit peu à peu et, après la dixième semaine, il se forme, à la périphérie supérieure et à l'inférieure, des bourrelets lisses (rudiments des paupières) qui, vers la fin du 3e mois ou au commencement du 4e, se touchent, s'accolent et se réunissent. Il s'ensuit que la partie horizontale de l'œil où le dermoïde conjonctival a été observé exclusivement jusqu'à présent se trouve plus longtemps sans être recouvert des paupières. Toutes les parties du système cutané qui, jusqu'au parfait développement du fœtus, restent exposées à la surface du corps, acquièrent peu à peu la structure connue des téguments cutanés bien développés, tandis qu'au contraire, les parties de la peau renversée en dedans se transforment en membranes muqueuses.

Supposons maintenant que les paupières, qui doivent se toucher par la partie médiane, ne se ferment pas complètement, en sorte qu'après le 4e mois il reste encore une partie de la conjonctive à découvert, il en résultera que cette partie prendra la propriété des téguments externes et que le vide laissé par la réunion incomplète des paupières sera rempli comme par une troisième paupière isolée sur le globe. C'est pourquoi j'ai déjà, en 1838, soumis à l'attention des observateurs la question de savoir s'il n'y a pas une concordance du dermoïde avec le coloboma congénital des paupières. Une pareille relation semble avoir été constatée dans un cas observé par M. Ammon, où le

coloboma de la paupière supérieure correspondait, dans sa position et sa direction, à un dermoïde congénital implanté à la partie supérieure du globe. »

M. de Wecker partage cette opinion : « La théorie de M. le professeur Ryba, quoique nécessitant encore quelques observations pour être plus solidement appuyée, nous semble être la plus apte à faire connaître l'origine du dermoïde congénital. »

Quelle que soit l'autorité des auteurs qui ont proposé et qui soutiennent encore aujourd'hui cette ingénieuse théorie, nous ne saurions l'accepter, d'abord parce qu'elle ne repose sur aucun fait clinique et aussi parce qu'elle ne saurait tout expliquer. Il n'est nullement démontré en effet que l'ectoderme, d'où doit prendre naissance la conjonctive oculaire, ait la propriété de se métamorphoser en muqueuse ou en peau, selon qu'il est ou qu'il n'est pas recouvert par les paupières.

L'embryogénie ne nous apprend rien de semblable et, d'un autre côté, la science ne possède-t-elle pas des exemples authentiques d'absence de paupières, chez des individus qui, à leur naissance, présentaient cependant des cornées saines? Tous les colobomes d'ailleurs ne sont pas fatalement accompagnés de dermoïdes ; et, comment expliquer la présence de ces productions sur des yeux dont les paupières ne présentent pas le moindre arrêt de développement, la plus petite solution de continuité ?

Il faudrait une théorie nouvelle pour chaque cas particulier. Si nous transportons maintenant la

question sur le terrain de la pathologie générale, cette théorie n'aura pas plus de valeur. Il est évident que ces malformations congénitales devraient avoir la même origine sur les différentes parties du corps ou tout au moins de la face. Nous croyons donc que cette théorie ne saurait s'appliquer à tous les cas; nous ajoutons même qu'elle ne peut en expliquer aucun, d'une façon sérieuse et scientifique, qu'elle est purement hypothétique et qu'elle ne repose sur aucun fondement.

Nous nous proposions déjà d'expliquer la pathogénie des dermoïdes en les considérant comme une greffe naturelle, qui serait la conséquence d'adhérences partielles entre l'embryon et la membrane amniotique, lorsque, au Congrès chirurgical de cette année, nous avons entendu le Dr Masse, de Bordeaux, rendre compte d'expériences qu'il a faites dans le but d'expliquer les kystes et tumeurs dermoïdes. Nous devons à son obligeance d'avoir pu prendre communication de son travail, auquel il donne pour titre : *Origine des kystes dermoïdes et formation de certaines tumeurs par transplantations organiques.*

M. Masse introduit dans le ventre de rats blancs des segments de membres supérieurs ou inférieurs, des portions de queue, des lambeaux de peau, enlevés à d'autres rats blancs qui venaient de naître ; voici les résultats inattendus qu'il obtenait au bout de deux mois et demi. Sur divers points du péritoine, sur le mésentère, sur les épiploons, ses greffes s'étaient

transformées en kystes ou en tumeurs représentant, dit-il, le type parfait de la tumeur dermoïde.

En greffant dans la peau des rats blancs des lambux de p eau de jeunes rats qui viennent de naître, il obtient de la même manière de véritables tumeurs qui se forment par inclusion. C'est là une démonstration expérimentale d'un mode de formation de tumeurs par greffe et par transplantation organique.

Le résultat des expériences de M. Masse est, en tous points, conforme à nos idées ; mais de quelle manière se produisent ces greffes pendant la période embryonnaire ? C'est là un point que M. Masse a laissé de côté et que nous allons tâcher de résoudre.

Ryba avait été frappé de la coïncidence du dermoïde avec les colobomes palpébraux et avait fait d ces derniers la cause productrice des tumeurs dermoïdales. Bien que nous repoussions sa théorie, nous n'allons pas jusqu'à prétendre que cette coïncidence est un effet du hasard ; loin de là, pour nous elle est forcée et nous croyons même qu'il n'est pas possible de séparer leur étude.

On remarquera aussi que la plupart des observations que nous publions, signalent la coexistence, chez les individus porteurs de dermoïdes, d'autres anomalies congénitales : macrostomes, soudure incomplète des fentes branchiales ou faciales, atrophies persistantes, tumeurs préauriculaires, etc., etc.

Nous croyons devoir nous étendre un peu sur ces malformations congénitales qui nous aideront à mieux faire comprendre notre théorie.

Les malformations congénitales de la face sont maintenant mieux connues, grâce aux progrès de la tératologie et surtout aux travaux de M. Dareste. Voici ce que dit cet auteur à ce sujet :

« Mes recherches m'ont appris un fait très important, c'est que l'arrêt de développement peut exercer son action non seulement sur l'embryon lui-même, mais aussi sur ses annexes. L'amnios, par exemple, est très souvent atteint par l'arrêt de développement.

Lorsque l'amnios s'arrête dans son développement tandis que l'embryon continue à s'accroître, il comprime nécessairement les régions du corps de l'embryon sur lesquelles il est appliqué.

Cette compression produit, tantôt un arrêt de développement, tantôt la déviation et le déplacement de certaines parties ; enfin, la compression exercée par l'amnios, mettant en contact des parties qui, dans l'état normal, doivent rester séparées, détermine la production d'adhérences qui tantôt sont irrégulières et tantôt obéissent à la loi de l'union des parties similaires. »

Un dernier fait important parmi les anomalies de l'amnios, c'est le défaut ou du moins la diminution considérable du liquide amniotique, ce qui fait que l'amnios reste appliqué sur le corps de l'embryon, au lieu de s'en écarter, et qu'il comprime ainsi des régions plus ou moins considérables du corps. Cela se produit surtout dans l'arrêt de développement partiel du capuchon caudal ou du capuchon céphalique.

Mais cela peut se produire aussi d'une manière générale.

L'arrêt de développement partiel ou total de l'amnios explique tous les faits de monstruosités et d'anomalies de la manière la plus satisfaisante, puisque l'arrêt de développement total exerce son influence sur l'embryon tout entier et peut, par conséquent, déterminer simultanément la production des anomalies les plus diverses, tandis que l'arrêt de développement partiel de cette enveloppe ne produit que des monstruosités locales, c'est-à-dire qui n'affectent que les régions du corps soumises à la pression extérieure. »

D'après les belles expériences de Dareste, nous considérons les malformations congénitales que nous avons signalées plus haut (macrostomes, atrophies persistantes) comme le résultat d'un développ ment incomplet des arcs branchiaux et nous admettons, comme cause de ces difformités, des adhérences se faisant pendant la période embryonnaire entre l'amnios et la surface de l'embryon. Nous expliquons de la même manière les fissures buccales et les excroissances auriculaires dont l'une établissait entre les deux jumelles (observation IV) un lien d'union persistant encore au moment de la naissance.

On a aussi le droit de se demander si les adhérences amniotiques ne peuvent pas produire les colobomes palpébraux et, partant, les dermoïdes.

Telle est, en effet, notre opinion que viennent confirmer les faits suivants, dans lesquels nous trouvons des brides, derniers vestiges d'adhérences amnioti-

ques, persistant encore après la naissance et siégeant au niveau de colobomes palpébraux.

M. Polaillon décrit une bride qui, du centre de chaque cornée, se porte vers la commissure interne des paupières où elle se soude.

Mayor, en parlant d'un coloboma congénital : Il y avait, dit-il, à la partie intermédiaire de la conjonctive d'un enfant, un paquet vasculaire placé sur le globe ; il se prolongeait jusqu'à la cornée transparente et faisait office d'un tendon qui rapprochait les deux parties de la paupière lorsque cet enfant voulait fermer l'œil.

Bruns signale et figure un lien cutané partant du centre des deux cornées ; l'une de ces brides se bifurque près de l'œil, et s'implante, d'une part, sur le centre même de la cornée, de l'autre, s'insère sur l bord de la paupière supérieure avec laquelle elle se confond ; cette bride ainsi formée se réunissait, en avant de l'œil, à celle venue du côté opposé, et coïncidait avec une double fente faciale.

Van Duyse donne l'observation d'une jeune fille de vingt ans, présentant de nombreuses anomalies congénitales : pied bot, nombreuses syndactylies ; atrophie de la moitié gauche de la face et absence complète du sourcil de ce côté. L'œil gauche est plus petit et situé plus bas que l'autre. La partie externe de la paupière inférieure est normale. Le tiers interne es occupé par une bride oculo-palpébrale. Son extrémité bulbaire s'insère suivant une base circulaire sur la sclérotique en empiétant d'un tiers sur la cornée à la

façon d'un dermoïde épibulbaire. De ce point, elle se dirige obliquement en bas et en dedans pour s'implanter au-devant de la paupière inférieure suivant une base ovalaire à grand axe dirigé transversalement. Entre ces deux insertions, la bride est libre à sa partie postérieure; elle a l'apparence de la peau et présente des poils nombreux et délicats, visibles à la la loupe. La face postérieure de la bride repose par sa moitié inférieure dans un triangle à sommet inférieur, situé sur la paupière inférieure et qui n'est autre chose qu'un colobome. Ce colobome est comblé par une membrane muqueuse épaisse, analogue à l'aspect muqueux de la face postérieure de la bride.

Ces observations nous démontrent directement et d'une manière irréfutable que le capuchon céphalique de l'amnios peut contracter avec l'extrémité céphalique de l'embryon, avec la face notamment, des soudures plus ou moins étendues et les diverses altérations : dermoïdes, brides oculo-palpébrales, ne sont que des restes plus ou moins effacés d'anciennes adhérences entre la surface tégumentaire de l'embryon et l'enveloppe amniotique.

Supposons maintenant qu'il s'est établi, avant la formation des paupières, une pareille bride entre l'amnios et la vésicule oculaire. Quel rôle va jouer cette bride?

Les bourrelets palpébraux seront arrêtés dans leur mouvement de descente au niveau de l'adhérence; les deux épithéliums se trouveront en contact et rien ne s'opposera à ce qu'une soudure entre la paupière et

le bulbe se produise, de même que se produit la soudure des deux bourrelets palpébraux quand ils viennent à se rencontrer. Mais le mésoderme, arrêté, il est vrai, au niveau de la bride, ne s'en développera pas moins, et son extension ne pourra se faire que suivant la soudure épithéliale. Il va donc repousser peu à peu ces cellules et former un bourgeon qui s'invaginera sous la conjonctive ; le dermoïde sera alors formé. Tout prouve qu'il en est ainsi.

Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, nous avons signalé, à la surface du derme, la présence de nombreux corpuscules pigmentaires et de granulations isolées.

La réaction de l'acide sulfurique nous a aussi démontré que nous avions affaire à du véritable pigment mélanique, et non à du pigment hématique.

L'anatomie, d'autre part, nous apprend que des éléments semblables et présentant les mêmes réactions négatives vis-à-vis de l'acide sulfurique siègent normalement dans la couche papillaire des paupières. Il nous est donc permis de supposer qu'une tumeur ayant la texture de la peau et présentant certaines particularités, qu'on ne rencontre que dans la paupière, a la même origine que cette membrane, et que l'une n'est qu'une émanation de l'autre.

Plusieurs cas peuvent alors se présenter : ou bien, le bourrelet invaginé sera assez solidement fixé à l'œil pour arrêter le mouvement de descente des paupières, et il en résultera un coloboma avec soudure de la paupière à l'œil ; ou bien, le bourgeon invaginé se

détache de la paupière et forme un dermoïde adhérent à l'œil avec échancrure correspondante de la paupière.

S'il n'existe aucun dermoïde, ni sur l'œil ni sur les paupières, alors que l'une d'elles est atteinte de colobome, c'est que la cause productrice du colobome palpébral peut avoir disparu plutôt, ne laissant que peu ou pas de traces de son existence sur ou au pourtour de l'œil; en un mot, il y a eu rupture précoce des adhérences.

En dernier lieu, l'invagination s'étant produite, le bourrelet palpébral poursuivra son mouvement de descente, sans présenter de perte de substance; il y aura donc production d'un dermoïde sans colobome.

Mais les fissures des paupières, déterminées par des brides oculo-palpébrales n'excluent nullement l'existence d'atrophies partielles et de fissures de la face que l'on observe en coexistence avec elles, soit qu'elles aient été déterminées par ces adhérences circonscrites, soit qu'à leur tour, les adhérences de l'amnios avec des fentes embryonnaires de la face aient produit des troubles d'évolution dans les paupières et leur voisinage.

Pour nous résumer, nous dirons donc que ces adhérences amniotiques avec la vésicule oculaire peuvent produire :

1° Simultanément un dermoïde et un colobome palpébral ;

2° Un colobome seul ;

3° Un dermoïde sans colobome.

En admettant que ces tumeurs soient formées par une invagination mésodermique résultant de la soudure préalable des cellules ectodermiques, on comprend comment le dermoïde se développe le plus souvent suivant le méridien horizontal de l'œil ; les deux revêtements épithéliaux bulbaires et palpébraux restant très longtemps en contact au niveau de la future fente palpébrale.

Ainsi produites, ces tumeurs passeront presque inaperçues à la naissance, elles se développeront très peu dans les premières années de la vie, et ne prendront un véritable accroissement que quand les glandes sébacées et follicules pileux entreront en activité, au même titre et sous la même influence que les autres glandes et bulbes pileux de l'économie.

TRAITEMENT.

La thérapeutique sera essentiellement chirurgicale, et devra être pratiquée de bonne heure. A ce point de vue, deux questions sont à considérer : faut-il, de crainte de récidive, aller attaquer le mal dans ses racines et pénétrer plus ou moins profondément dans les lames de la sclérotique et de la cornée ?

En ce cas, on s'expose à toutes les suites d'un pareil traumatisme : kératite, iritis, staphylôme, voire même perforation de la cornée avec perte consécutive de l'œil.

D'autre part, n'a-t-on pas à craindre une récidive, si l'on se contente d'enlever seulement les parties

exubérantes de la tumeur? Les cas de récidive de ces tumeurs sont bien rares; nous n'avons pu en recueillir qu'un exemple, cité par Fuchs. Aussi nous pensons qu'il faut ménager les enveloppes de l'œil. Comme la tumeur repose sur le limbe au moyen d'un pannicule adipeux, nous croyons qu'une section passant à travers cette couche parallèlement à la surface de la cornée est le meilleur mode opératoire; elle respecte une région toujours dangereuse en raison de ses rapports avec la zone ciliaire.

S'il se produit des végétations pouvant faire croire à une repullulation, il suffira de les exciser ou de les toucher avec le crayon nitrate d'argent pour les faire disparaître.

Observation I (Vassau).

M. V..., âgé de 15 ans, se présente le 3 avril 1882, à la consultation des Quinze-Vingts, pour une tumeur de l'œil droit.

Cette tumeur, qui proémine entre les paupières, a la forme et la grosseur d'une petite olive, située verticalement à la partie interne de l'œil, à l'union de la sclérotique et de la cornée, sa base d'implantation est très adhérente aux parties sous-jacentes et couvre toute la moitié interne de la pupille. Sa hauteur mesure 0,012, sa largeur au niveau de la pupille 0,008, son épaisseur 0,005. La surface, examinée à la loupe, présente une série de sillons entrecroisés analogues à ceux qu'on observe sur la peau. A leur entrecroisement émergent des poils variables comme dimensions: les uns atteignent le volume d'un cil, d'autres plus petits, semblables à des poils follets. La couleur en est gris jaunâtre; on n'y voit aucune trace de vaisseaux, si ce n'est

à sa base d'implantation, principalement du côté de l'angle interne de l'œil. A la suite d'un examen approfondi et fatigant pour l'œil du malade, on observe une légère congestion de la conjonctive, et alors cette tumeur, qui ne semblait pas vasculaire, se congestionne également et, de blanche qu'elle était, prend une teinte légèrement rosée. En même temps, notre attention est attirée vers un phénomène qui se produit à sa surface : une quantité considérable de gouttelettes très fines et transparentes la recouvrent.

Le clignement des paupières fait rapidement disparaître cet aspect et rend assez difficile un examen un peu prolongé de ce phénomène. De plus, en exerçant par l'intermédiaire des deux bords palpébraux une compression assez forte sur la tumeur, nous faisons sourdre en plusieurs endroits, au niveau de l'émergence des poils follets principalement, une matière demi-transparente analogue à la matière sébacée.

Le contact d'un stylet n'éveille aucune sensibilité. Les parents nous disent que cette tumeur date de la naissance. De la grosseur d'une tête d'épingle dans les premiers mois de la vie, elle se serait développée très lentement.

Il y a un mois, c'est à peine si elle avait le volume d'un gros grain de blé placé verticalement au devant de l'œil. Mais, depuis cette époque, la tumeur a plus que doublé de volume, et, en même temps, des poils ont surgi en divers points.

Depuis quelques jours, le malade se plaint d'une sensation de gravier dans l'œil (il existe en effet une conjonctivite angulaire assez intense), et, il nous fait cette remarque, qu'il est obligé maintenant pour le sommeil d'attirer en avant la paupière supérieure et de la rabattre par-dessus la tumeur.

Les paupières supérieures et inférieures sont régulières; nous ne constatons aucune échancrure du bord ciliaire au niveau de la tumeur. Les orifices des glandes meibonniennes sont tous sur une même ligne continue et à égale distance les uns des autres, Les cils sont régulièrement disposés. La cornée est saine, la caroncule normale.

L'ophtalmoscope ne dénote aucune altération des membranes profondes de l'œil. Pas de coloboma de l'iris ou de la choroïde. Aucune malformation du côté des organes génitaux, de la face ou du crâne. La voûte palatine et les arcades dentaires sont normales.

L'extirpation est faite après chloroformisation ; la tumeur est disséquée de dehors en dedans, c'est-à-dire de sa base d'implantation sur la cornée, vers le grand angle de l'œil. La section de la conjonctive seule donne un peu de sang. Comme la base de la tumeur fait corps intime avec la cornée et, pour se mettre à l'abri d'une récidive, la section porte assez profondément dans les lames de la cornée. La tumeur détachée, on voit un léger staphylôme se produire.

Les suites de l'opération furent exemptes de complications, et le malade guérit avec un leucome gênant très peu la vision. Disons cependant que huit jours après l'opération, la surface de section présentant une masse fongueuse, grisâtre, pouvant faire penser à une récidive, on sectionna ces fongosités. L'examen microscopique montra qu'on avait simplement affaire à des bourgeons charnus.

Examen microscopique. — Sur des coupes faites après durcissement par l'acide osmique à 1 pour 100 et l'alcool à 36°,6 et passant par le grand axe de la tumeur, nous observons qu'elle est constituée :

1° Par un revêtement épithélial recouvrant toute la face antérieure de la tumeur et se continuant avec l'épithélium de la conjonctive et de la cornée ;

2° Par une trame centrale formant plus que la moitié de la tumeur et reposant sur une troisième couche formée d'amas de cellules adipeuses.

Un tissu lamelleux ayant tous les caractères de la cornée et de la sclérotique forme la base d'implantation.

Le revêtement épithélial a tout à fait la constitution de l'épiderme : une couche profonde répondant au corps muqueux de Malpighi et une couche superficielle, cornée. Les cellules qui

composent ces couches ont tous les caractères qui y sont inhérents ; c'est ainsi que nous trouvons à la base du corps muqueux des cellules prismatiqnes à fines dentelures s'engrenant dans le derme ; puis, plus haut, la série des cellules à prolongement de Schultze. Les deux couches désignées sous le nom de *stratum lucidum* et *granulosum* établissent la démarcation entre la couche muqueuse et cornée ; cette couche cornée est très mince.

La partie centrale qui forme le corps de la tumeur est assimilable au derme. On la voit formée d'une couche papillaire, d'un derme proprement dit et d'un pannicule adipeux.

Les papilles sont en général peu élevées et représentent plutôt des ondulations du derme ; leur base mesure 0,181, leur hauteur s'élève à peine à 0,036. Cependant, à mesure qu'on se rapproche de la cornée, les papilles deviennent plus nombreuses, plus élevées et moins larges par leur base, leurs dimensions sont : pour la base 0,0726, pour la hauteur de 0,036 à 0,050.

Les papilles sont composées principalement de fines fibrilles élastiques plongées au milieu d'une matière amorphe avec quelques corps fibro-plastiques disséminés à la face superficielle. Au centre de la pupille se trouvent des amas volumineux d'éléments arrondis ayant tous les caractères des cellules et noyaux embryoplastiques, et mesurant de 0,0072 à 0,0108.

Entre ces éléments, on distingue la lumière de fins capillaires vides de sang. Ces amas en forme d'étoiles irrégulières, sont traversés par des fibres élastiques et offrent de nombreux prolongements qui semblent s'anastomoser avec des prolongements semblables venus des amas voisins.

Le derme est formé d'un feutrage de nappes onduleuses de tissu lamineux, sillonnées de fibres élastiques et englobant les amas de cellules décrits plus haut : les amas deviennent de moins en moins nombreux et diminuent de volume à mesure qu'on se rapproche du pannicule adipeux ; on trouve dans le derme de nombreux follicules pileux et des glandes sébacées. Là, comme pour la peau, on constate que les glandes sont d'autant

plus volumineuses que le poil est petit. Quelques-unes de ces glandes acquéraient même comme volume celui des glandes du nez. Nous n'avons pas trouvé de glandes sans follicules. Ces glandes sont situées dans la partie moyenne du derme, les plus volumineuses arrivant par la base de leurs culs-de-sac à se mettre presque en rapport avec le pannicule adipeux. Des parties profondes de cette couche se détachent des tractus fibreux limitant des aréoles remplies de cellules adipeuses. Ces tractus adhéraient par la partie profonde à la cornée et à la sclérotique dont il reste quelques lames à la base de la tumeur.

En aucun point nous n'avons trouvé de glandes sudoripares ; à la face profonde du pannicule on voit des coupes de vaisseaux et de nerfs à myéline.

Dans la partie clinique de cette observation, nous avons mentionné l'apparition de nombreuses gouttelettes d'un liquide transparent, coïncidant avec une légère congestion de la tumeur. La première idée qui nous était venue à l'esprit était qu'il s'agissait d'une sécrétion produite par des glandes sudoripares. L'absence complète de ces glandes nous force à rejeter cette opinion. Étant donnée la grande quantité de glandes sébacées, nous sommes obligés d'admettre que c'est à ces dernières qu'il faut attribuer cette sécrétion pseudo-sudorale. Ce qui nous confirme dans cette opinion, ce sont les produits purement sébacés que l'on fait sourdre par une pression exagérée sur la tumeur. On peut encore expliquer cet aspect par la division des larmes et du mucus conjonctival, se réduisant en gouttelettes très fines au contact de l'enduit sébacé dont la surface de la tumeur est recouverte.

Observation II (Vassau).

M. N....., âgé de 14 ans et demi, d'une bonne santé habituelle, bien constitué, n'a jamais eu de maladies oculaires antérieures. Le 14 juillet, sans cause déterminée, il ressent quelques picotements dans l'œil, les jours suivant l'œil devient rouge : ces

symptômes inquiètent peu le malade qui les attribue à un refroidissement. Il peut néanmoins continuer ses occupations habituelles. Ce n'est que le 19 juillet qu'il se présente à la consultation des Quinze-Vingts. On constate une conjonctivite intense unilatérale de l'œil droit; aucun traumatisme, pas de blennorrhagie, pouvant expliquer cette inflammation.

Le traitement prescrit consiste en lavages fréquents à l'eau phéniquée à 1500. Le malade revient au bout de quelques jours sans avoir éprouvé aucun soulagement ; on observe alors un chémosis intense de la conjonctive, l'écoulement tend à devenir franchement purulent ; le malade se plaint d'une sensation très pénible de grattement dans l'œil.

On prescrit des cautérisations au nitrate d'argent. C'est alors qu'en retournant la paupière supérieure, on voit apparaître vers la partie externe du fornix, un pinceau de cils ; en déprimant fortement la conjonctive, on reconnaît que cette touffe de poils émerge d'une petite tumeur de la grosseur d'une lentille, en rapport avec la portion palpébrale de la glande lacrymale. De nombreux prolongements de la conjonctive boursouflée assez analogues aux franges synoviales, entourent la base de cette tumeur à la manière d'une collerette. Il n'existe à la partie externe de la paupière aucune déformation pouvant faire présumer l'existence d'une tumeur en cet endroit.

La tumeur est enlevée au moyen des ciseaux, lavages fréquents à l'eau phéniquée. La conjonctivite s'amende rapidement; huit jours plus tard nous revoyons le malade en bonne voie de guérison.

Examen microscopique. — La tumeur est beaucoup moins considérable que la précédente, mais présente la même constitution histologique.

Un revêtement épithélial formé d'épithélium pavimenteux stratifié ;

Un derme dont la couche papillaire est très prononcée ;

Un pannicule adipeux qui constitue presque toute la masse de la tumeur ;

Cette tumeur n'était reliée à la sclérotique que par des faisceaux conjonctifs très lâches, en continuité avec le tissu lamineux sous-conjonctival.

Notre examen portera principalement sur le derme de cette tumeur.

La couche papillaire est augmentée d'épaisseur ; les papilles, volumineuses, hypertrophiées, soulèvent l'épithélium et donnent à la conjonctive un aspect granuleux, velvétique. Cette hypertrophie est causée principalement par une grande quantité de matière amorphe et un nombre considérable de leucocytes entourant les capillaires de la papille ; çà et là, nous avons trouvé quelques noyaux embryoplastiques et corps fibro-plastiques à divers degrés de leur évolution. Les vaisseaux congestionnés variqueux présentent, surtout au sommet des papilles, des ruptures rendues évidentes par les extravasations sanguines dont ces papilles sont remplies. En d'autres points, la région papillaire est infiltrée d'un exsudat fibrineux caractérisé par un réticulum englobant les leucocytes dans ces mailles très fines. Les faisceaux de fibres élastiques sont comme dissociés et on peut suivre très loin leur plus fines ramifications.

Parmi les nombreuses glandes sébacées que cette tumeur renferme, l'une d'elles présente une dilatation kystique assez considérable, fait assez fréquent dans ces tumeurs et qui s'explique par l'oblitération de leurs conduits excréteurs, produite, soit par l'inflammation ou une hypersécrétion des culs-de-sac. En général, ces glandes sébacées étaient très petites et étaient annexées aux poils assez semblables à des cils.

Le revêtement épithélial, en certains points, fait défaut ; le derme est à nu ; dans le reste de son étendue, la couche cornée a disparu ; la couche muqueuse seule reste adhérente au derme, et l'on peut voir entre les cellules des corps irréguliers assez semblables, morphologiquement, à des leucocytes altérés.

Remarquons que dans cette tumeur le pannicule adipeux a pris un développement très-considérable ; aucune glande sudoripare n'a été trouvée.

Les replis conjonctivaux, qui entouraient la tumeur, présentaient les mêmes altérations que la couche papillaire du dermoïde ; desquamation épithéliale, infiltration purulente du chorion avec extravasats sanguins.

A la partie externe et supérieure de la tumeur, on trouve quelques acini de la glande lacrymale ; les élements propres de la glande sont normaux ; le tissu conjonctif interacineux renferme d'assez nombreux leucocytes.

Observation III (Vassau).

Mlle Eug..., âgée de 15 ans, bien constituée, se présente le 4 octobre 1882, à la clinique des Quinze-Vingts, pour une tumeur située au-devant de l'œil.

C'est une petite excroissance, charnue, lisse, régulière, de forme ovoïde, placée suivant le méridien horizontal de l'œil. Sa grosse extrémité, située en dedans, repose sur la cornée et couvre le quart de la pupille ; son extrémité la plus effilée se dirige en dehors et se perd insensiblement sous la conjonctive. Sa base est très adhérente aux parties sous-jacentes, la couleur en est gris jaunâtre. Cinq ou six poils rudes émergent de sa partie centrale ; le reste de la tumeur est lisse, sans poils follets. Le doigt, promené à la surface du dermoïde, n'éveille chez la malade qu'une sensation de contact non douloureux. En comprimant la tumeur par la base, il est impossible de faire sourdre aucun produit liquide ou demi-solide.

Cette jeune fille se rappelle avoir toujours eu sur l'œil une grosseur dont elle ne s'inquiétait pas; il fallait, disait-elle, apporter une certaine attention, pour qu'on remarquât cette légère difformité. La tumeur, depuis deux ou trois mois seulement, présente des poils à sa surface. Elle n'en a jamais souffert.

L'acuité visuelle est normale, et la malade ne réclame une intervention chirurgicale que pour remédier à cette difformité.

Examen microscopique. — Cette tumeur mesure 0,008 de longueur sur 0,005 de largeur et 0,004 de profondeur. Elle a la consistance du fibro-cartilage. Sa constitution histologique se rapproche beaucoup de la tumeur précédente.

Un même épithélium, offrant tous les caractères de l'épiderme, la recouvre.

Le derme est composé de faisceaux volumineux et serrés de fibres du tissu lamineux et de nombreuses fibres élastiques ramifiées et anastomosées qui forment des mailles très élégantes.

Nous avons mis à profit, pour cette étude, la méthode préconisée par M. Balzer et fondée sur l'action successive de l'éosine et de la potasse.

Sur des coupes ainsi traitées, nous avons pu constater la richesse et la disposition élégante de cette charpente élastique qui forme près de la moitié de la masse du derme.

De la partie profonde de la tumeur se détachent de gros troncs de fibres à double contour qui diminuent peu à peu de volume et se ramifient à mesure qu'on se rapproche de la surface. Arrivées à une certaine distance de la couche papillaire, ces fibres élastiques se résolvent en une infinité de fébrilles, qui forment, par leur entrecroissement, un véritable plexus sous-papillaire très élégant. De ce plexus émergent de nouveaux troncs qui se ramifient en forme d'arborescence et vont se terminer en réseau à la surface du corps papillaire.

Dans le pannicule, assez épais, nous trouvons une magnifique glande sudoripare glomérulée analogue aux glandes ordinaires et composée d'une partie sécrétante et d'un tube excréteur. Le tube de la portion glomérulée, plongée au milieu des vésicules adipeuses, montre très nettement les particularités spéciales à ces glandes : une paroi propre enkysté, et la double couche épithéliale : cellules fusiformes basales et cellules cubiques centrales. De nombreux capillaires enveloppent la glomérule.

Dans les parties les plus superficielles du derme, on rencontre de nombreux corps fusiformes ou étoilés, remplis de granulations pigmentaires. Ces éléments fibro-plastiques sont dissémi-

nés en grande partie, suivant une ligne parallèle, à la surface papillaire ; d'autres se dirigent vers la profondeur du derme et longent la paroi épithéliale des capillaires.

Ces granulations pigmentaires, dont la couleur varie du jaune au brun foncé, sont insolubles dans l'acide sulfurique. Çà et là, ces granulations sont libres et paraissent logées dans les interstices du tissu cellulaire.

Observation IV (Panas).

La nommée Card..., âgée de 20 ans, porte depuis sa naissance, au niveau de la commissure externe et se prolongeant derrière la paupière inférieure, une masse sous-conjonctivale du volume d'un haricot flageolet, ayant à son sommet un cil de même couleur que les autres cils de la malade et bien développé.

Cette masse a deux faces : l'une palpébrale convexe, l'autre bulbaire concave. L'une avance sur le globe oculaire jusqu'à 0,001 de la cornée quand la malade regarde en avant, s'en éloigne quand elle regarde en dedans. Elle atteint la circonférence de la cornée dans la portion opposée. Le fornix oculo-palpébral est au devant de la tumeur, tandis qu'un second pli, moins profond, la limite du côté du globe. On dirait que, née du fond du sillon, elle s'avance de préférence sur le globe.

La conjonctive paraît adhérer à la tumeur, particulièrement au niveau du cil.

Cette tumeur fait saillir la paupière au niveau de la commissure externe, à la façon d'un chalazion profond.

La face présente une asymétrie très marquée; la moitié droite est moins développée que la gauche, ainsi qu'il résulte des mensurations suivantes :

	Droite.	Gauche.
Distance de l'angle de la mâchoire à la ligne médiane.	0,10	0,11 cent.
Distance du bord inférieur de l'angle de la mâchoire au bord de l'apophyse zygomatique.	0,05	0,09 —
Distance du sillon naso-labial à la base du tragus en passant par le sommet de l'os zygomatique.	0,09	0,11 —

L'arcade dentaire supérieure, changée de forme à droite, représente une ligne courbe à concavité externe prononcée surtout au niveau des deux petites et de la première grosse molaire. L'os semble refoulé en dedans, aussi les distances qui séparent la ligne médiane et cette couche se trouvent réduites en ce point du tiers environ.

La partie correspondante du bord alvéolaire inférieur est pareillement refoulée, si bien que les dents des mâchoires ne se correspondent que par leur extrémité périphérique (bord externe en haut contre bord interne en bas). La dent de sagesse supérieure droite ne fait que superficiellement saillie.

La fosse nasale droite semble développée, et l'œil droit ne présente aucun signe d'imperméabilité des voies lacrymales.

La commissure labiale droite se termine non à angle aigu, mais présente un ourlet cutané en encoche qui intéresse exclusivement la lèvre supérieure.

La distance de cette commissure à la ligne médiane est de 4 cent., tandis qu'elle n'est que de 3 cent. à gauche. A partir de cette commissure, on aperçoit une ligne blanchâtre, espèce de raphé saillant légèrement, se dirigeant en dehors et en haut pour aboutir à un enfoncement ou hile distant de 4 cent. de la commissure et de 3 cent. de la partie inférieure du tragus, en tout 7 cent., tandis qu'à gauche cette même ligne mesure 10 centimètres.

Le hile sus-mentionné, peu profond et comme cicatriciel, rappelle à s'y méprendre l'orifice fermé d'un abcès dentaire fistuleux. D'après le dire de la malade, il s'agit là d'un joint d'im-

plantation cutanée de la sœur jumelle qui était plus faible, plus malingre que notre malade.

L'oreille droite, bien que régulière, est caractérisée par la présence d'un promontoire cutané sur la face antérieure du tragus, hypertrophié et comme trifide. Ce promontoire ou repli semble formé exclusivement par la peau et le tissu cellulaire hypertrophié.

Le côté muqueux de la joue, vis-à-vis le raphé cutané décrit précédemment, porte un sillon antéro-postérieur large en avant, étroit en arrière. L'épaisseur totale de la joue à ce niveau paraît diminuée. L'orifice du canal de Stenon est normal.

Les globes oculaires paraissent petits par suite de leur situation profonde dans les orbites, les fentes palpébrales sont étroites et en amande ; la commissure externe droite plus élevée et saillante que la gauche, les sillons palpébraux chacun bien marqués.

Fixation normale, nul strabisme.

Iris brun clair, normal comme la pupille, de 2 à 3 millim. de diamètre.

Nystagmus oscillatoire latéral, s'exagérant quand le malade regarde vers la gauche et en haut, diminuant dans les positions opposées.

Le réflexe irien, lumineux et accommodatif, paraît un peu diminué.

O. D, $V = \frac{1}{5}$ — O. G, $V = \frac{1}{18}$.

Sens chromatique conservé.

L'examen ophtalmoscopique ne révèle ni lésion, ni anomalie. L'atropine, employée pour faciliter l'examen, n'a pas permis de rechercher l'état de réfraction. Ablation de la tumeur au moyen des ciseaux.

Réaction nulle.

La malade sort sur sa demande cinq jours après l'opération, ne portant qu'une légère ecchymose de la conjonctive.

Examen histologique. — Sur des coupes transversales, on

voit que la tumeur est formée d'une trame assez dense de fibres lamineuses et élastiques, recouverte à sa partie libre d'un épithélium analogue, et l'épiderme qui se continue insensiblement à sa périphérie avec celui de la conjonctive. Des travées de fibres lamineuses limitent à sa partie profonde des alvéoles remplies de vésicules adipeuses. Près de ce pannicule, et recouverte par la conjonctive, se trouve une portion de la région palpébrale de la glande lacrymale avec un conduit excréteur. Au sommet de cette tumeur se détache un cil, accompagné de ses glandes pileuses. L'une d'elles présente un kyste rempli de matières grasses avec quelques cristaux de cholestérine. Autour du follicule pileux, la portion superficielle du derme est envahie par de nombreux éléments arrondis inflammatoires. Aucune glande sudoripare n'a été trouvée.

Observation V (personnelle).

M. F... est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Panas, le 7 février 1885, pour une petite tumeur siégeant au niveau du limbe de l'œil gauche. Cette petite tumeur empiète également sur la cornée et la conjonctive ; elle est lisse à sa surface, de forme arrondie, du volume d'une grosse lentille, de coloration blanc jaunâtre au centre, rosée à la périphérie. Elle paraît avoir une consistance fibreuse et est intimement adhérente aux tissus sous-jacents ; elle est fort peu douloureuse, à peine gênante, à tel point que c'est pour une tout autre affection que le malade est entré à l'hôpital.

Il nous dit qu'il a toujours eu à ce niveau une petite grosseur, mais ses parents ont parfaitement remarqué que la tumeur avait pris un développement plus rapide à partir de 18 ans et que depuis un an seulement elle paraissait ne plus augmenter.

En étudiant avec beaucoup de soin les deux côtés de la face, on peut constater une asymétrie qui pourrait passer inaperçue à un examen superficiel.

Tout d'abord, le front est fuyant, la narine plus aplatie, l'arcade dentaire moins courbe à gauche qu'à droite.

Le maxillaire présente du côté gauche les caractères d'un maxillaire fœtal, c'est-à-dire un angle très obtus, tandis qu'à droite cet angle est presque droit.

Le menton est de même beaucoup moins prononcé à gauche qu'à droite.

Les mensurations suivantes, qui ont été faites avec beaucoup de soin, mettront plus en lumière cetté asymétrie des deux côtés de la face :

	A droite.	A gauche.
1° Distance de l'angle de la mâchoire à la commissure des lèvres.	0,07	0,08
2° Distance de l'aile du nez au tragus. . . .	0,09	0,10
3° Distance de l'angle de la mâchoire à l'apophyse orbitaire externe.	0,08 1/2	0,11
4° Distance de la ligne inter-sourcilière au tragus.	0,13	0,14

Ce n'est pas tout; immédiatement au devant de l'oreille, il existe une petite tumeur arrondie, ayant la forme d'un mamelon, et qui semble être un tragus supplémentaire; il paraît qu'à la naissance il existait une bride qui le rattachait au reste de l'oreille et que la sage-femme a excisée.

Enfin, l'oreille elle-même est très déformée.

13 février. Après instillations de cocaïne, abrasion de la tumeur au bistouri.

Elle s'enfonce profondément dans l'épaisseur de la cornée et ne peut être enlevée que partiellement.

Les 14, 15 et 16. Pas de réaction, pas de douleur.

Le 17. Bourgeonnement de la plaie, que l'on cautérise au nitrate d'argent.

Le 20. Le malade sort parfaitement guéri.

Examen histologique. — L'examen histologique, pratiqué par

M. Vassau, a montré une tumeur en tous points identique aux précédentes.

Pas de glandes sudoripares, mais deux ou trois glandes sébacées présentant une dilatation considérable.

CONCLUSIONS.

1° Les dermoïdes de l'œil peuvent occuper la cornée, la conjonctive et surtout le limbe scléro-cornéen ; dans tous les cas leurs caractères cliniques sont identiques.

2° L'anatomie pathologique de ces tumeurs démontre qu'elles sont composées de tous les éléments constitutifs de la peau, même des glandes sudoripares. La prédominance de quelques-uns de ces éléments pourrait donner lieu à des transformations kystiques, lipomateuses, fibreuses, épithéliales.

3° Les dermoïdes coïncident très fréquemment avec des colobomes palpébraux et aussi avec un certain nombre d'autres malformations congénitales, d'autres arrêts de développement.

4° Il est logique d'admettre que ces malformations et en particulier les colobomes reconnaissent pour causes des adhérences amniotiques, empêchant le développement complet des paupières et donnant nais-

sance sur le globe oculaire à des invaginations du voile palpébral primitif.

Ces invaginations de la paupière en un point quelconque de la conjonctive bulbaire ou palpébrale sont pour nous l'origine réelle des dermoïdes.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu,
Le Président de la thèse,
PANAS.